

令和7年度臨床研修申込書

愛媛大学医学部附属病院長 殿

以下のとおり、愛媛大学医学部附属病院医師臨床研修に申込みします。

ふ り が な 氏 名	自署をお願いします。	写真を貼る位置 縦4cm×横3cm 本人単身胸から上
性 別	男 ・ 女 ・ 他 ・ 回答しない	
生 年 月 日	西暦 年 月 日 (才)	
出 身 地	日本国籍の場合は都道府県名、外国国籍の場合は国名を記入してください。	
マ ッ チ ン グ ID		
現 住 所	〒 TEL — — 携帯 — — E-mail ※添付ファイル(Word・PDF)を受領可能なE-mailアドレスをご記入ください。	
帰省先(連絡先)住所	〒 TEL — —	
卒 業 (見 込) 大 学 名	大学 学部 (西暦 年 月 卒業(見込))	
希 望 選 考 日	以下の3日程で実施しますので、各日程の該当箇所に○をご記入ください。 ① 7月29日(月) ()希望日・()対応可・()対応不可 ② 8月 7日(水) ()希望日・()対応可・()対応不可 ③ 8月23日(金) ()希望日・()対応可・()対応不可	
奨 学 生 の 有 無 ※医学生対象の奨学金のみ	☐ 有 ☐ 無 ※有 の場合は、受給している奨学金について記載してください。 ☐愛媛県医師確保奨学金(地域枠) ☐愛媛県医師確保奨学金(へき地) ☐愛媛県医師確保奨学金(短期) ☐その他()	
希 望 事 項 等		